

Los derechos reproductivos de las mujeres vascas en el cambio de siglo: de la anticoncepción a la reproducción asistida

(Reproductive rights of Basque women at the turn of the century: from anti-conception to assisted reproduction)

Alkorta Idiakez, Itziar

UPV/EHU. Zuzenbide Fak. Manuel de Lardizabal Pasealekua, 2.
20018 Donostia

BIBLID [1136-6834 (2006), 35; 345-371]

Recep.: 07.02.05

Acep.: 28.10.05

La baja tasa de natalidad vasca coincide con la circunstancia de que en Euskadi hay más centros de reproducción asistida que en ningún otro país europeo. ¿Cuáles son las razones de la gran demanda de medicina reproductiva? ¿Qué consecuencias tiene este fenómeno en los derechos reproductivos de las mujeres vascas?

Palabras Clave: Derechos reproductivos. Reproducción asistida. Inseminación artificial. Donación de óvulos. Anticoncepción. Aborto.

Euskal jaiotza tasa apala bat dator Euskadik Europan beste inon baino laguntza bidezko ugalketarako zentro gehiago izatearekin. Zein dira ugalketa medikuntzaren eskaera handi horren arrazoiak? Nolako ondorioak ditu fenomeno horrek euskal emakumeen ugalketa eskubideetan?

Giltza-Hitzak: Ugalketa eskubideak. Laguntza bidezko ugalketa. Hazi jartzea. Obuluak ematea. Antisorkuntza. Abortua.

Le taux peu élevé de la natalité basque coïncide avec le fait qu'en Euskadi il y a plus de centres de reproduction assistée que dans aucun autre pays européen. Quelles sont les raisons de la grande demande de médecine reproductive? Quelles conséquences a ce phénomène sur les droits reproductifs des femmes basques?

Mots Clés: Droits reproductifs. Reproduction assistée. Insémination artificielle. Donation d'ovules. Contraception. Avortement.

1. INTRODUCCIÓN

Transcurridos veinticinco años desde que se reconoció legalmente el derecho a la contracepción y al control de la natalidad, lo primero que llama la atención cuando se observa el fenómeno reproductivo en el País Vasco es la rapidez con que las mujeres vascas asimilaron los procedimientos contraceptivos y realizaron, después, en el curso de dos generaciones, la transición hacia una concepción más amplia de sus derechos reproductivos.

El uso de medidas contraceptivas se ha incorporado plenamente a la cotidianidad de la mayoría de las mujeres vascas, hasta el punto de que lo que más preocupa a las vascas hoy en día no es el control de la natalidad, o la reivindicación del derecho al aborto, sino algo muy distinto: la dificultad para tener los hijos deseados. Desde que se legalizaron los medios anticonceptivos, coincidiendo con la transición a la democracia, la preocupación principal de las mujeres vascas es la falta de hijos o, mejor dicho, las dificultades que deben superar para formar una familia a determinadas edades. Factores sociales complejos a los que nos referiremos en este trabajo han llevado a las parejas a reducir drásticamente el tamaño de su prole y a tener los hijos más tarde, hasta llegar a la situación actual en el que las mujeres vascas son las europeas que menos hijos tienen. Las políticas públicas adoptadas para hacer frente a esta situación no han sido capaces de contrarrestar la tendencia descendente de la natalidad en el País Vasco.

La postergación de la maternidad por razones sociales y económicas obliga en numerosos casos a las parejas y a las mujeres que se deciden a tener hijos a partir de los treinta y muchos a enfrentarse a problemas de infertilidad debidos a la edad. En esa tesitura, la medicina reproductiva se presenta como tabla de salvación para aquellas parejas que consideran importante tener descendencia propia –sólo una vez de que fallan los métodos de procreación asistida se plantean estas la adopción–. El recurso masivo de las técnicas de reproducción asistida para superar la infertilidad debida a razones fisiológicas y también sociales –que afecta al 15 por ciento de la población– obliga a reflexionar seriamente sobre las condiciones legales de acceso y de empleo de estos métodos.

Mirando hacia el futuro, los cambios en las estructuras familiares y las posibilidades que ofrece la revolucionaria tecnología reproductiva permiten augurar una nueva época en la articulación de las pautas reproductivas de las mujeres occidentales, y de las vascas, en particular.

2. LOS PRIMEROS AÑOS OCHENTA: LA LEGALIZACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La configuración actual de los derechos reproductivos reconocidos a las mujeres vascas tiene su origen en las reformas políticas que modificaron las leyes relativas a la contracepción, al matrimonio y a la familia a partir del año 1978.

La estructura jurídica de las relaciones familiares, del matrimonio y de la paternidad experimentó una transformación profunda a partir de la Constitución de 1978 y de las reformas introducidas en el Código Civil en el año 1981¹. En primer lugar, la Constitución española de 1978 (en adelante CE) configuró un **nuevo modelo de familia** basado en la idea de igualdad entre hombres y mujeres, y en la igualdad de derechos de todos los hijos, tanto de los nacidos dentro del matrimonio como fuera del mismo (artículo 39 CE). Junto con el principio de la igualdad en la base de las relaciones familiares, se reconoció también la posibilidad de separación matrimonial y de divorcio, como manifestaciones de la libertad y de la capacidad de elección del individuo².

Las reformas legislativas que se sucedieron a lo largo de los años ochenta tuvieron una profunda influencia en los comportamientos sociales y contribuyeron decisivamente a que la transformación adoptara una dirección determinada, aunque los sociólogos afirman que buena parte de la población española había comenzado a incorporar cambios en las estructuras tradicionales de la familia desde finales de la década de los sesenta³.

La legalización de los **métodos contraceptivos** en el País Vasco fue posterior y, sobre todo, se produjo de forma más precaria que en otros países europeos. A pesar de ello, las mujeres vascas se acostumbraron muy pronto a usar la píldora, antes incluso de su legalización. Los métodos médicos de contracepción estuvieron prohibidos en el País hasta 1978⁴. La legislación penal anterior a esa fecha prohibía y castigaba con arresto mayor y multa de entre 600 y 1.200 € la información, difusión y venta de anticonceptivos; bien es cierto que la prohibición legal y la condena de la Iglesia Católica fueron un obstáculo más que un impedimento para el control de la natalidad. Una encuesta realizada en 1971 sobre las actitudes de las mujeres españolas ante los métodos de planificación familiar refleja que la gran mayoría de las entrevistadas, el 68 por ciento, deseaban más información sobre el uso de anticonceptivos y una mayor libertad para decidir si se quería o no tener hijos⁵.

Según la socióloga Inés Alberdi, en el primer momento después de su legalización (a partir de 1978) la contracepción comenzó a utilizarse de forma masiva para frenar la llegada de más hijos, es decir, fueron las mujeres que

1. Ley 11/1981, de 13 de mayo, por la que se modifican determinados artículos en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio; y Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio.

2. Véase el comentario a estas reformas en VVAA, *Comentario a las reformas del Derecho de familia*, Madrid: Tecnos, 1984.

3. I. ALBERDI, *La nueva familia española*, Madrid: Taurus, 1999, p. 57.

4. Ley 45/1978, de 7 octubre 1978, de modificación del Código Penal, que reformó los artículos 343 y 416, permitiendo la venta y el uso de anticonceptivos. Decreto 3033/1978, de 15 diciembre, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social sobre la expedición y publicidad de anticonceptivos.

5. J. Díez Nicolás, "Actitudes de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar", *Revista Española de Opinión Pública*, núm. 31, enero-marzo 1973.

habían tenido descendencia y no deseaban tener más las que comenzaron a utilizar la píldora y el dispositivo intrauterino. Estas mujeres contaron con la ayuda de muchos médicos, los cuales se ampararon en argumentos pseudocientíficos, como el control de los ciclos menstruales, para prescribir anticonceptivos sorteando los impedimentos legales⁶. Posteriormente la anticoncepción se utilizará sobre todo para aplazar la llegada de los hijos en los primeros años del matrimonio⁷.

A diferencia de la píldora, el aborto siguió estando prohibido y perseguido en España incluso después de la legalización de los anticonceptivos. Como es sabido, el Código Penal vigente permite a las mujeres interrumpir el embarazo sólo en caso de haber sido violadas, de que el feto sea portador de una enfermedad grave o cuando esté en peligro la salud o la vida de la embarazada⁸. En cambio, en la mayoría de los países europeos la **interrupción del embarazo** es una decisión que corresponde a la propia mujer, siempre que se haga en las primeras semanas, en España en cambio la ley castiga con pena de prisión al médico que realice abortos, aunque en la práctica la mayoría de los hospitales incumple esta regulación⁹.

Pese a la condena penal del aborto, la generalización del uso de los anticonceptivos y de los servicios médicos de planificación familiar proporcionaron a las mujeres españolas un importante medio de control de su capacidad reproductiva. A partir de los años ochenta, las mujeres y las parejas utilizaron la anticoncepción no sólo para evitar el embarazo antes del matrimonio o de la convivencia, sino también para planificar su descendencia, una vez casados.

En la actualidad, los anticonceptivos forman parte de la experiencia cotidiana de la mayoría de las mujeres vascas, que los utilizan en algún momento de su vida para evitar embarazos indeseados y controlar su propia reproducción¹⁰.

Tal como apuntábamos más arriba, la transformación de los comportamientos reproductivos de las mujeres vascas sucedió a una velocidad

6. M. DELGADO PÉREZ, "El historial anticonceptivo de las generaciones de españolas nacidas entre 1945 y 1977", en P. Requés Velasco (coord.), *El nuevo orden demográfico. El campo de las ciencias y las artes*, nº 139, Servicio de Estudios del BBVA, pp. 285-306.

7. I. ALBERDI, *La nueva familia española...*, cit., p. 158.

8. El Código Penal vigente (aprobado en 1995) mantiene la vigencia del artículo 147 bis del anterior Código Penal.

9. De entre la abundante bibliografía relativa a la regulación española del aborto cabe destacar, S. MIR (ed.), *La despenalización del aborto*, Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, 1983. J. L. IBÁÑEZ Y GARCÍA DE VELASCO, *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, Madrid: Siglo XXI, 1992. Más recientemente, J. MARÍN GÁMEZ, *Aborto y Constitución*, Jaén: Universidad, 1996. M. C. MOLINA BLÁZQUEZ y S. SIEIRA MUCIENTES, *El delito de aborto: dimensión constitucional y penal*, Barcelona: Bosch, 2000.

10. M. RUIZ-SALGUERO, *La anticoncepción en España según la encuesta de fecundidad de 1995*, Centre D'Estudis Demogràfics, <http://www.ced.uab.es/PDFs/PapersPDF/Text176.pdf>, 2000. M. DELGADO PERÉZ, *Las pautas anticonceptivas de las españolas a fines del siglo XX*, Ed. Aula Médica, 2001.

extraordinaria. En el paso de una generación a otra encontramos a madres e hijas situadas cada una de ellas en pautas de comportamiento completamente diferentes: la madre utilizó la anticoncepción en una fase avanzada de su ciclo fértil, para evitar tener más hijos, y la hija para reducir o para aplazar la maternidad en el tiempo¹¹.

3. CAMBIO DE TENDENCIA: LA CAÍDA DE LA FECUNDIDAD

Los índices de fecundidad en el País Vasco y en España están actualmente, junto con Italia, Portugal, Grecia, Lituania, Polonia y Chequia, entre los más bajos de la Unión Europea. Las mujeres españolas tenían en 1991 una media de 1,3 hijos cada una, mientras que la media de las mujeres suecas era, en ese mismo año, de 2,1. En el año 2003, tras una ligera recuperación con respecto a los años anteriores, el índice de hijos por mujer se sitúa en 1,29¹².

En un país de cultura “familista”, donde se valora tener hijos y las mujeres declaran que les gustaría tener más descendencia de la que tienen, la bajísima **tasa de natalidad** se explica a partir de un conjunto de factores sociales complejos.

Los sociólogos entienden que el factor más importante en la reducción del tamaño de las familias es el **aumento de la actividad femenina asalariada**¹³. La compatibilidad del trabajo con el cuidado de la familia es muy difícil y las mujeres jóvenes que ven peligrar sus puestos de trabajo en el caso de quedarse embarazadas resuelven el dilema teniendo “menos familia”. Las mujeres vascas no están dispuestas a renunciar a las aspiraciones de igualdad social recién alcanzadas, y como primera medida, han reducido drásticamente el número de hijos.

A la incorporación de la mujer al mercado de trabajo hay que añadir otros factores que contribuyen a frenar la natalidad. El más importante de todos es la **escasa oferta de servicios sociales**, ya que el cuidado de los familiares en situación de dependencia, sean éstos niños, mayores o enfermos, es una tarea que mayoritariamente han venido desempeñando las mujeres. Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, en España hay más de 3.500.000 personas discapacitadas: ancianos y enfermos físicos y psíquicos suman el 9 por ciento de la población, para los que se cuenta con un número aproximado de 200.000 plazas de asistencia en residencias públicas¹⁴.

11. I. ALBERDI, *La nueva familia española...*, cit., p. 160.

12. EUROSTAT, *Portraits of the EU*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

13. M. DELGADO PÉREZ, “Los componentes de la fecundidad: su impacto en la reducción del promedio de hijos por mujer en España”, *Economistas*, nº 86, 2000, pp. 23-34.

14. En las personas mayores, la responsabilidad principal de los cuidados suele ser asumida por una hija en un 32% de los casos y por el cónyuge en un 22%. Cuando se trata de personas de 80 o más años, el porcentaje de hijas cuidadoras se acerca al 40%, Los hijos varones se

...

A la escasa oferta de servicios sociales para personas dependientes hay que añadirle la falta de suficientes guarderías o escuelas infantiles y programas de ocio y tiempo libre en los colegios, que permitan compensar la diferencia entre los horarios laborales y escolares. Estas carencias se suplen con el esfuerzo de las mujeres y de las familias. La familia cumple todavía en España una función importante de solidaridad y ayuda mutua ante situaciones de crisis económica o de desempleo¹⁵, pero los sociólogos advierten de que el sistema está llegando a un punto de saturación.

Las políticas sociales de apoyo a las mujeres y a las familias desarrolladas en la Comunidad Autónoma Vasca, en Navarra y en España se han caracterizado por la falta de sistematización y por su aplicación tardía, agotando casi siempre todos los plazos establecidos por la Unión Europea. Por el momento los ámbitos de actuación más importantes han sido, por una parte, las políticas facilitadoras de la **conciliación de la vida laboral y familiar**, que también pretenden **fomentar la participación de los varones en las responsabilidades familiares**¹⁶; en segundo lugar, los programas de fomento del empleo han contemplado **medidas específicas para favorecer el empleo de las mujeres**¹⁷; y finalmente, tanto el Gobierno estatal como los

...

en menor medida, sólo un 6% cuida principalmente a sus mayores. Los Servicios Sociales actúan como cuidador principal de las personas mayores con discapacidad sólo en un 3% de los casos. Instituto Nacional de Estadística (INE), *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDS)*, Inebase, 2002.

Compárese con la media de la Unión Europea donde los servicios públicos ayudan a más del 25 por ciento de la población anciana. Según el Informe de Eurostat que analiza la protección social en Europa, España ocupa el penúltimo lugar en prestaciones sociales, sólo por delante de Irlanda. G. ABRAMOVICI, "La protection social en Europe", *Eurostat, Statistiques en Bref, Population et Conditions Sociales*, Theme 3-3/2003. http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datas-hop/print-product/FR?catalogue=Eurostat&product=KS-NK-03-003-__N-FR&mode=download.

15. L. FLAQUER, *El destino de la familia*, Ariel, Barcelona, 1998, p. 162 y 163.

16. La Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras y el Decreto del Gobierno Vasco 177/2002, de 16 de julio, por el que se regulan las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral y el Capítulo VI del Decreto del Gobierno Vasco 329/2003, de 23 de diciembre, por el que se regulan las ayudas al empleo.

El Gobierno Vasco ha presentado recientemente un proyecto de ley para la igualdad de mujeres y hombres que también contempla medidas específicas para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral. En la Comunidad foral se ha dictado el Decreto Foral 242/2000, de 27 de junio, por el que se regulan ayudas económicas directas, como medida complementaria para conciliar la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras y fomentar la natalidad y el Decreto Foral 24/2001, de 29 de enero, de modificación del Decreto Foral 242/2000 de 27 de junio por el que se regulaban las ayudas económicas directas, como medida complementaria para conciliar la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras y fomentar la natalidad. Incide también en este ámbito la Ley Foral 33/2002, de 28 de noviembre, de fomento de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

17. Ley 53/2002, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, artículo 47 (BOE, nº 313, de 31 de Diciembre de 2002) y Decreto del Gobierno Vasco 329/2003, de 23 de diciembre, por el que se regulan las ayudas al empleo (BOPV nº 255, de 31 de diciembre de 2003).

Autonómicos han puesto en marcha **planes integrales para el apoyo de la familia**, que contemplan ayudas especiales a las familias numerosas¹⁸. No obstante, las normas más importantes mediante las que se ha articulado la política social del Gobierno estatal anterior están siendo sometidas a revisión por parte del nuevo Gobierno socialista, que ya ha anunciado la próxima presentación de un proyecto de ley para la atención de personas dependientes¹⁹.

En cualquier caso, en términos comparativos con otros países europeos, las mujeres y las familias vascas reciben escaso apoyo ante el crecimiento de la población anciana y el retraso de la edad de independización de los hijos. La vocación de cuidado de las mujeres (el *tender loving care* de los anglosajones) está saturada y estas ya no pueden asumir toda la carga acumulada sobre sus espaldas. Como consecuencia muchas mujeres optan por retrasar la maternidad y por tener menos hijos²⁰.

La **edad media de maternidad** de las mujeres españolas es superior a los treinta años: la más alta de Europa, junto con Italia²¹. Cada año nacen alrededor de cuarenta mil niños de mujeres de más de treinta y cinco años²². Como es sabido, a partir de la edad indicada los márgenes de concepción femenina disminuyen rápidamente, pese a ello, la tendencia de las mujeres españolas al retraso de la maternidad se acentúa con el tiempo. El fenómeno está adquiriendo unas dimensiones tales que podemos hablar de una **causa social de la infertilidad** en la población femenina española.

18. El Plan Integral de Apoyo a la Familia, aprobado el 10 de noviembre de 2002 por el Consejo de Ministros, que puede consultarse en la página electrónica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, http://www.tt.mtas.es/periodico/documentos/200111/doc20011115_2.htm. Paralelamente, la Comunidad Autónoma Vasca ha aprobado el Decreto 176/2002, sobre el Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias con Hijos/as.

A lo anterior hay que añadir la Ley estatal 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas; el Real Decreto 1368/2000, de 19 de julio, de desarrollo de las prestaciones económicas de pago único por nacimiento de tercer o sucesivos hijos y por parto múltiple. En el ámbito competencial autonómico: el Decreto del Gobierno Vasco 176/2002, de 16 de julio, por el que se regulan las ayudas económicas a las familias con hijos e hijas y la Ley Foral 20/2003, de 25 de marzo, de familias numerosas.

19. En este apartado cabe citar la Ley Foral 34/2002, de 10 de diciembre, de acogimiento familiar de personas mayores.

20. E. ARNEDO et al. "No da más de sí", *El País*, 9 de noviembre de 2002.

21. M. DELGADO, *Estudio sobre la evolución de la maternidad en España entre 1975 y 2000*, Madrid: CSIC, 2002.

22. En 1965, sólo el 12% de los nacimientos correspondían a madres de más de treinta y cinco años. En tres décadas la cifra se ha triplicado. El 39,17% de los partos son de mujeres de más de 35 años, el 34,39% de mujeres entre 30 y 35 y el 29,28% de mujeres entre 25 y 30. Cfr. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Encuesta de fecundidad de las mujeres españolas de 1999*. En la dirección: <http://www.ine.es/daco/daco42/analisoci/fecundi/fecun99.htm>.

Desgraciadamente, en lugar de arbitrar medidas eficaces para contrarrestar las causas de la postergación de la maternidad, la solución que desde las instituciones se les ofrece a estas personas que han tenido que retrasar el momento de tener hijos es la reproducción asistida. De hecho, como veremos más adelante, la mayoría de las mujeres que acuden a los **programas de procreación asistida** tiene una edad superior a los treinta años.

4. RETRASANDO EL MOMENTO DE TENER HIJOS: LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA COMO REMEDIO ANTE LA FALTA DE POLÍTICAS SOCIALES DE APOYO A LA MUJER

El Ministerio de Sanidad hace públicos de forma periódica los datos del Registro de Centros y Servicios Sanitarios relacionados con las Técnicas de Reproducción Asistida (RCTTRA) que funcionan en España²³. La información que hemos manejado está actualizada a 1 de febrero de 2003. Para Cataluña puede consultarse también el Registro catalán de centros²⁴. En 1988, catorce centros practicaban la fecundación *in vitro*, cuatro de los cuales eran hospitales públicos que aplicaban programas piloto de reproducción asistida²⁵. Doce años después, en mayo del 2000, había 118 clínicas censadas en el Registro de Centros. En el año 2001 se abrieron 53 centros nuevos, y sólo se registró la desaparición de un pequeño centro murciano. En el año 2002 el crecimiento fue más moderado: se autorizaron 12 centros nuevos, de los cuales 10 son privados. A 1 de febrero de 2003 el censo del RCTTRA registraba 203 centros autorizados para la práctica de la medicina reproductiva, 38 públicos y 165 privados. En la Comunidad Autónoma Vasca hay 3 centros públicos y 10 privados; en cambio, en Navarra, no hay ningún centro público que ofrezca estos servicios.

Compárense estos datos con los ofrecidos por otro registro europeo como el FIVNAT francés, que da noticia de 83 centros autorizados para la práctica de diversas técnicas de medicina reproductiva en el año 2000²⁶: el número de clínicas autorizadas en España rebasa ampliamente el promedio de centros de reproducción asistida por habitante de los países de la Unión²⁷.

23. Los datos a los que nos referiremos en este epígrafe están recogidos en varias tablas elaboradas por el Registro de Centros de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/centros/home.htm>.

24. Centros sanitarios autorizados en Cataluña, <http://www.gencat/sanitat/cercacentres2.asp>.

25. *Informe de la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación in vitro y la inseminación artificial humanas*, Congreso de los Diputados, Madrid, 1988, p. 129.

26. El FIVNAT es la asociación de centros de reproducción asistida a la que pertenece la práctica totalidad de las unidades autorizadas de medicina reproductiva de aquel país. Las estadísticas elaboradas por el FIVNAT se publican en la página, <http://perso.wanadoo.fr/fivnat.fr>.

27. El promedio de habitantes por centro en España en 1998 era de 209.424 (habitantes por centro), y en Francia de 698.795. Estos datos han sido elaborados a partir de la información proporcionada por el Registro español de centros, el FIVNAT y el Registro americano.

Es tal la demanda de estas técnicas que desde el momento en que una pareja acude al servicio de ginecología y obstetricia de un centro público, hasta que recibe el primer tratamiento de reproducción asistida transcurren unos 26 meses. El 31 de diciembre de 2000 había 7.850 mujeres en **lista de espera** para someterse a una FIV/ICSI²⁸. Si de lo que se trata es de una donación de óvulos, la espera puede prolongarse hasta tres años (aunque, en algunos centros es posible mejorar la posición en la lista aportando una persona dispuesta a donar sus óvulos)²⁹.

¿Qué razón hay para que la demanda de medicina reproductiva sea tan grande? En principio los estudios médicos indican que la tasa de esterilidad que presentan las parejas vascas y las españolas, en general, es parecida a la del resto de los países occidentales: en torno al 15 por ciento de las parejas en edad de procrear. ¿A qué se debe, entonces, el enorme uso que hacen los españoles de la medicina reproductiva? La respuesta podría hallarse en un factor al que nos hemos referido anteriormente: la edad de las usuarias. La **edad** media de las mujeres españolas que se someten a estas técnicas supera los 30 años. La mayoría de las pacientes suelen tener entre 30 y 39 años (aproximadamente tres de cada cuatro pacientes)³⁰. En consonancia con lo dicho más arriba, estos datos permiten hablar de una **causa social en la infertilidad** de las españolas que las lleva a pedir ayuda a la medicina reproductiva.

El Congreso de los Diputados aprobó en el año 2002 una **Proposición no de Ley relativa al fomento de la natalidad en España a través de una cobertura mayor del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad** en la que se afirma que

“en gran medida, debemos ligar la escasa tasa de natalidad con la infecundidad, además de una serie de alteraciones socio-económicas que se han producido en las últimas dos décadas y que conducen a que esta tasa no crezca en los términos que la sociedad del futuro requiere”³¹.

Al margen del debate sobre la legitimación de las políticas públicas de fomento de la natalidad y su relación con las políticas de género encaminadas a conseguir la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, cabe preguntarse si la cobertura social de la medicina reproductiva es, realmente,

28. R. MATORRAS, *Informe sobre la reproducción asistida en el sistema sanitario español*, s.l., febrero 2002.

29. Aunque, la falta de control de la actividad de los centros dificulta enormemente el manejo de las listas de espera, que podrían estar artificialmente abultadas, ya que la misma paciente puede haber solicitado tratamiento en varios hospitales públicos al mismo tiempo y, en consecuencia, figurará simultáneamente en varias listas de espera.

30. Datos ofrecidos por la SEF: <http://www.sefertilidad.com/>.

Véase también D. LÓPEZ LERA, “Estudio de la información estadística sobre reproducción humana asistida en España (1993-1998), Madrid: Trotta, 2001, p. 114.

31. BOCG, Congreso de los Diputados, D, nº 227, de 11 de septiembre de 2001.

una medida válida para luchar contra la baja natalidad en España. Así como la cobertura social de los tratamientos médicos de la infertilidad patológica parece una medida razonable, el fomento de la reproducción asistida para combatir la infertilidad social resulta mucho más discutible. Siendo la edad de la mujer una de las primeras razones para recurrir a la reproducción asistida, ¿no es más lógico atajar las causas de dicha infertilidad social que combatir sus consecuencias?

Es previsible que la tendencia constatada de la medicina española a tratar cualquier tipo de esterilidad, incluida la “infertilidad social”, mediante la tecnología procreativa se acentúe a partir de la entrada en vigor del proyectado decreto de prestaciones sanitarias del sistema público de salud al que nos hemos referido anteriormente. Sin embargo, parece que para incidir sobre la tasa de natalidad no es suficiente con publicar la medicina reproductiva, sino que es prioritario un abordaje amplio en el que se incluyan medidas más eficaces que las actuales de tipo social, económico y laboral, además de seguir incluyendo la medicina reproductiva en los repertorios de prestaciones debidas por los sistemas de salud. En cualquier caso, parece que el Gobierno tendrá que hacer más de lo hecho hasta ahora para que se recupere la tendencia bajista en la tasa de natalidad. Probablemente, tendrá que ofrecer empleos estables a las mujeres jóvenes y tendrá que ayudar a las parejas en el cuidado y atención a la infancia y a las personas dependientes. Sólo el reparto del cuidado de los niños entre hombres y mujeres, y un apoyo social decidido a las tareas parentales puede persuadir a las mujeres jóvenes para que tengan hijos. Esta es la línea en la que evolucionan otros países europeos como Suecia que, como es bien sabido, ha visto aumentar su natalidad hasta alcanzar en la actualidad cifras más elevadas que muchos otros países europeos coincidiendo con el aumento de las redes sociales de cuidados de la infancia y de las personas discapacitadas a cargo de las familias.

5. LAS MUJERES VASCAS ANTE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS

Observando la medicina reproductiva que se practica actualmente en los hospitales de los países desarrollados se advierte que en muchos casos los tratamientos han rebasado su ámbito de aplicación inicial, la lucha contra la infertilidad, para convertirse en alternativa a la procreación por vía sexual. Nos estamos refiriendo a posibilidades inéditas hasta la fecha como, por ejemplo, la donación de óvulos que permite concebir y tener hijos a mujeres de más de sesenta años; la donación de semen a una pareja de mujeres que se convierten así en madres legales del nacido de una de ellas; la paternidad *post mortem* mediante el empleo de semen de un varón fenecido; la elección del sexo de los nacidos; también, muy pronto, la clonación de un hijo fallecido, et cetera.

En el País Vasco y en España la medicina reproductiva se ha visto favorecida, además, por una **legislación** permisiva, que desde finales de los ochenta autorizaba el empleo de casi todos los métodos médicos conocidos hasta

la fecha: se admitía la donación de gametos y de embriones, las mujeres podían recurrir a semen donado anónimo tanto si tenían pareja como si no, se reconocía la filiación del concebido con semen congelado tras el fallecimiento del marido... Lo único que se prohibía era la maternidad subrogada.

La referida **Ley española de asistencia médica a la reproducción humana**³² fue, además, uno de los primeros instrumentos legislativos que se promulgaron en el mundo, ya que el grueso de la normativa extranjera se elaboró en la primera parte de los años noventa. La singularidad de la Ley española se explica en parte por la tendencia legislativa del período en el que se inscribe, por el carácter democrático, centrista y socialista de las primeras legislaturas, que, como se ha dicho anteriormente, se puso de manifiesto en la regulación progresista tanto en materia médica como en el Derecho de familia. La democratización de las estructuras familiares, seguía el impulso proveniente de la Constitución de 1978 y de las leyes relativas al matrimonio y a la familia de 1981. Por otra parte, influyó también el hecho de que la sociedad española de dicho período estaba inmersa en un proceso de modernización. El “bioderecho” promulgado durante la década de los ochenta mostraba una voluntad clara de fomentar la investigación y el desarrollo de las ciencias biomédicas en el País³³.

Diecisiete años después de la promulgación de la norma, la situación no ha variado sustancialmente. La toma del poder por un partido político conservador permitía augurar el desmantelamiento de la legislación relativa a la familia promulgada durante los años ochenta (leyes de divorcio, aborto, reproducción asistida, etc.), incluida la ley de reproducción asistida, pero no ha sido así. El Partido Popular hizo suyo el grueso de las reformas de los socialistas en estas materias, quizás por considerarlas adquisiciones irrenunciables en la modernización de la sociedad española, y hasta aprobó un proyecto no de ley, al que nos hemos referido antes, para introducir dichas técnicas en las prestaciones de la sanidad pública. Ante los científicos españoles que solicitaban la adecuación de la Ley a los nuevos retos biotecnológicos y a pesar de la oposición de la Iglesia, el Gobierno anterior accedió a consensuar una reforma un tanto salomónica de la Ley 35/1988 por la que

32. Ley 35/1988, de 22 de noviembre de 1988, de regulación de las técnicas de reproducción asistida (LTRA). La norma fue objeto de un recurso de inconstitucionalidad promovido por el Grupo Popular. La sentencia del Tribunal Constitucional (STC 116/1999, de 17 de junio), que se demoró trece años, rechazó con argumentación insuficiente los argumentos del recurso y confirmó la adecuación de todos sus preceptos a la Constitución, con excepción de una habilitación reglamentaria al Gobierno que se considera caducada. El Tribunal se resistió a la pretensión de los recurrentes de invalidar el conjunto de la norma por no haber respetado la reserva de ley orgánica –pretensión apoyada por el único voto particular emitido–, por entender que las técnicas de reproducción asistida no afectan de forma directa al núcleo de derecho fundamental alguno.

Por su parte, la Comunidad Autónoma catalana había reglamentado el funcionamiento y control de los centros mediante un Decreto de 1991 –anterior, por tanto, al promulgado por el Estado–. Y reguló también, mediante Ley 7/1991, de 27 de abril, de Filiaciones, complementada por el Código de sucesiones del mismo año, el establecimiento de la filiación derivada de reproducción asistida.

33. V. MÉNDEZ BAIGES, “Bioética y Derecho”, *Tribuna*, 21/1998: 24.

se permitía experimentar con los embriones sobrantes de los ciclos de fecundación *in vitro* realizados hasta la fecha, aunque, al mismo tiempo, también se prohibía congelar más embriones con el fin de evitar futuras solicitudes de investigación. Tras la toma del poder por parte del Partido socialista, el nuevo Gobierno ha anunciado la reforma de la Ley de reproducción asistida para adecuar sus contenidos a los avances de la tecnología biomédica.

En cualquier caso, está fuera de toda duda que estas novedades suponen un cambio fundamental en la concepción de la reproducción humana y amenazan con subvertir lo que hasta la fecha se ha considerado “el orden natural de las cosas”. Las posibilidades ofrecidas por la biotecnología aplicada a la reproducción humana, ante las cuales la regulación española se muestra tan abierta, constituyen un reto importante para la concepción tradicional del grupo familiar.

Para completar nuestro análisis sobre los usos reproductivos de las mujeres vascas es pues preciso abordar esta nueva realidad y preguntarse como incide la medicina reproductiva que se practica en los hospitales vascos en la configuración de las pautas y de los derechos reproductivos de las mujeres. ¿Qué consecuencias tiene la tecnología en la forma de entender la procreación y la maternidad? ¿Favorecen dichas técnicas la salud y los derechos reproductivos de las mujeres? ¿Cuál es su impacto en la consideración social de las mujeres?

Desde su aparición las técnicas de reproducción asistida han concentrado el interés de las feministas. En un primer momento, en los primeros años ochenta, la medicina reproductiva fue recibida con optimismo por parte de los **análisis de género**, los cuales vieron en la fecundación *in vitro* y en la maternidad subrogada formas de liberarse de la “esclavitud del embarazo”³⁴. En cambio, la expansión de la medicina reproductiva dio lugar a un examen crítico del punto de vista anterior. Las feministas de finales de los ochenta se opusieron a estas técnicas y denunciaron la instrumentalización a la que se sometía a las mujeres que desean tener un hijo y están dispuestas a recurrir a cualquier medio para conseguirlo³⁵. Aún hoy una corriente importante del pensamiento feminista alemán se opone a estas técnicas por considerarlas ajenas a los intereses de las mujeres³⁶. Según estas pensadoras la tecnología reproductiva sirve, fundamentalmente, para prestigiar a los médicos y a los investigadores que experimentan con las mujeres, al tiempo que debilita el control de las mujeres sobre su propio cuerpo y sobre el proceso de la concepción y el

34. Carmel SHALEV, *Birth Power. The Case for Surrogacy*, London, New Heaven, Yale University Press, 1991.

35. Lene KOCH, “IVF, a Rational Choice?”, *Reproductive and Genetic Engineering: International Journal of Feminist Analysis*, 3, 1990, 235-242.

36. SCHNEIDER, I. and SCHUMANN, C. “Stem cells, therapeutic cloning, embryo research –Women as raw material suppliers for science and industry”, *Reprokult (Women’s Forum for Reproductive Medicine): Reproductive medicine and genetic engineering. Proceedings of the Conference held in Berlin from 15 to 17 november 2001*, Federal Centre for Health Education, 2002, 70-73.

embarazo. Aunque, últimamente, se ha producido un nuevo vuelco en la consideración de la medicina procreativa: algunas pensadoras han abogado por la rehabilitación de estas técnicas, que han permitido a muchas mujeres superar su infertilidad y han obtenido así la aceptación de las usuarias.

Dado que, como hemos visto, el análisis de género de la medicina procreativa carece aún de un grado de consolidación suficiente, la prudencia aconseja abordar estas cuestiones mediante un método inductivo, yendo de lo particular a lo general. Por tanto, para responder a estas preguntas hemos escogido algunas técnicas concretas tal como se practican en nuestros hospitales y hemos procurado medir su impacto en la maternidad tal como la entendemos hoy. Las aplicaciones elegidas son la donación de semen a mujeres sin pareja, la donación de óvulos entre mujeres, la fecundación *post mortem* y el diagnóstico preimplantacional.

1. La **donación de semen**. La ley española de reproducción asistida, a diferencia de la mayoría de las leyes europeas, permite a las mujeres sin pareja beneficiarse de la **donación de semen anónimo** (y también de la donación de embriones)³⁷. La Exposición de Motivos de la ley fundamenta esta facultad en el derecho individual de la mujer a formar una familia reconocido por la Constitución. El Tribunal Constitucional español resolvió un recurso de inconstitucionalidad sobre este extremo dando por buena la inseminación de mujeres sin pareja en base al derecho de las mismas a formar una familia frente al cual debe ceder el derecho del nacido a conocer la identidad de su padre genético³⁸. Se opone a esta interpretación una parte importante de los especialistas (a pesar de que con la ley en la mano, es muy difícil negar a las mujeres solas el derecho a ser inseminadas con gametos de donante) para los cuales el recurso a gametos donados no se puede considerar un derecho propiamente dicho, sino un simple **interés**³⁹.

37. Según el artículo 6.1 de la Ley española de reproducción asistida:

“Toda mujer podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en la presente Ley, siempre que haya prestado su consentimiento a la utilización de aquellas de manera libre, consciente, expresa y por escrito. Deberá tener dieciocho años al menos y plena capacidad de obrar”.

38. Sentencia del Tribunal Constitucional F.J. 13 y 14. Según el Tribunal la Constitución protege todo tipo de familias, incluidas las monoparentales. Por tanto, no cabría impedir a las mujeres que tengan hijos por este medio.

39. J. GAFO, *Nuevas Formas de Reproducción Humana*, Madrid: UPC, 1986, p. 54; F. PANTALEÓN, “Técnicas de reproducción asistida y Constitución”, *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 15/1993: 130; J.E. BUSTOS PUECHE, *El Derecho civil ante el reto de la nueva genética*, Madrid: Dykinson, 1996, p. 96; C.F. FÁBREGA RUIZ, *Biología y filiación. Aproximación al estudio jurídico de las pruebas biológicas de paternidad y de las técnicas de reproducción asistida*, Granada, 1999, p. 109 y ss.; J. VIDAL MARTINEZ, “Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional de 17 de junio de 1999 resolviendo el Recurso de Inconstitucionalidad nº 376/89 contra la Ley 35/1988 de 22 de Noviembre sobre Técnicas de Reproducción Asistida”, *Rev Der Gen H*, 12/2000:132 y ss. y G. BALDINI, *Tecnologie Riproduttive e problemi giuridici. Riflessioni di diritto civile su alcune delle principali questioni poste dall’affermarsi delle metodiche artificiali di procreazione umana*, Turín: G. Giappichelli Editore, 1999, p. 30.

En la práctica, los hospitales han entendido que la inseminación de mujeres sin pareja está permitida por la ley y de hecho admiten a estas usuarias entre sus pacientes. Según cálculos officiosos, la proporción de mujeres solas o sin pareja que solicitan inseminación con semen donado en los centros privados españoles es del 30 por ciento del total de los tratamientos aplicados; en cambio, en los hospitales públicos la proporción desciende a 2 mujeres de cada cien⁴⁰. Esta diferencia se debe a que en los centros públicos se forman largas listas de espera por lo que gran parte de las mujeres que desean procrear sin contar con un varón acude a centros privados. Ahora bien, no todos los centros privados atienden este tipo de solicitudes. Algunas clínicas se limitan al tratamiento terapéutico de parejas infértiles o en las que concurra un riesgo importante de transmitir una enfermedad al nacido⁴¹. Por su parte, los centros públicos siguen diferentes políticas, en algunos se exige que la mujer sea estéril, o tenga problemas fisiológicos que le impidan procrear por medio de la relación sexual. En cambio, otros centros atienden a todas las mujeres mayores de edad, incluidas las fértiles, siempre que gocen de buena salud para llevar a cabo el embarazo.

Un estudio realizado por el Instituto CEFER sobre 68 pacientes revela que las receptoras maduran su decisión durante 21 meses aproximadamente⁴². Las razones que suelen aducir para recurrir a la inseminación con donante suelen ser, en el caso de las heterosexuales, el haber alcanzado determinada edad sin haber encontrado una pareja estable que desee tener hijos; y, en el caso de las lesbianas, el rechazo a tener relaciones sexuales con un hombre para quedar embarazadas. En general, las mujeres que deciden acudir a centros de fertilidad declaran que desean evitar recurrir al engaño o instrumentalizar a un varón para poder tener hijos, y subrayan el hecho de que los Bancos de gametos garantizan que el semen empleado no transmitirá enfermedades hereditarias graves. La independencia económica y la aceptación social de las familias monoparentales favorecen que las mujeres sin pareja se decidan a intentar esta vía.

La prensa ha dado noticia en los últimos años de varios casos en los que la sanidad pública ha proporcionado gametos donados a mujeres lesbianas, cuyo deseo expreso era compartir las tareas parentales con sus compañeras. En realidad, la ley sólo permite prestar consentimiento con efectos de asunción de la paternidad al varón casado o conviviente con la mujer

40. Los datos se han tomado del reportaje realizado por el *Diario Vasco* en las Unidades de Reproducción Asistida de Cruces en Bilbao y Quirón, en Barcelona. *Vid. Diario Vasco*, 22 de mayo de 1999.

41. *Diario Vasco*, 22 mayo 1999.

42. Instituto CEFER, *Informe sobre la inseminación artificial de la mujer soltera*, <http://www.institutocefer.com/>. 2003.

inseminada⁴³, pero no a la pareja del mismo sexo. No obstante, existe la posibilidad de adoptar al nacido de semen donado: las leyes vasca y navarra de parejas de hecho permiten a los homosexuales la adopción del hijo biológico de la pareja⁴⁴. Por tanto, la igualación de los derechos de las parejas homosexuales y heterosexuales en materia de adopción, es ya un hecho, a falta de trasladar dicha posibilidad también al matrimonio⁴⁵.

Parece, en vista de lo anterior, que la técnica de la donación de semen anónimo ha dado lugar a nuevas pautas reproductivas que empiezan a tener cierto peso sociológico en la sociedad vasca. Por una parte, ha surgido el fenómeno de las mujeres que desean ser madres en solitario y que no quieren arriesgarse a una demanda de paternidad futura. Por otra, la donación de semen, junto con el cambio legislativo producido en materia de parejas del mismo sexo, ha permitido a las parejas de lesbianas convertirse también en madres del hijo biológico de una de ellas.

Estos desarrollos favorecen nuevas formas de maternidad y parecen extender la libertad personal de las mujeres a la hora de decidir. Sin embargo, la promoción del derecho de la mujer a formar una familia sin la concurrencia de un varón también puede interpretarse de otra manera. En la sociedad contemporánea el deseo de maternidad aun se considera, como un impulso natural que debe respetarse por encima de todo⁴⁶. Todavía hoy son raras las mujeres que renuncian voluntariamente a la maternidad. Pero, dicha sacralización de un impulso biológico no siempre ayuda a que las mujeres puedan optar libremente, es decir, sin la presión ejercida por la sociedad, entre tener hijos o no tenerlos. Compartimos la opinión de que la maternidad puede ser una experiencia vital de gran importancia para las mujeres, no sólo para las casadas o con pareja estable, sino también para el desarrollo personal de las homosexuales o de aquellas que no pueden tener hijos porque no encuentran a la pareja adecuada. Pero, al mismo tiempo, debemos preguntarnos si la maternidad en solitario es un medio de liberación de la mujer. En el proceso de igualación de los derechos y obligaciones de ambos

43. Ley 35/1988, artículo 8:

“1. Ni el marido ni la mujer, cuando hayan prestado su consentimiento, previa y expresamente, a determinada fecundación con contribución de donante o donantes, podrán impugnar la filiación matrimonial del hijo nacido por consecuencia de tal fecundación. 2. Se considera escrito indubitado a los efectos previstos en el artículo 49 de la Ley del Registro Civil, el documento extendido ante el centro o establecimiento autorizado, en el que se refleje el consentimiento a la fecundación con contribución del donante, prestado por varón no casado, con anterioridad a la utilización de las técnicas. Queda a salvo la acción de reclamación judicial de paternidad”.

44. Ley Foral 6/2000, de 3 de julio, para la igualdad jurídica de las parejas estables. Ley del Parlamento Vasco 2/2003, de 7 de mayo, reguladora de las parejas de hecho.

45. El 30 de diciembre de 2004 el Gobierno español aprobó el Proyecto de Ley de modificación del Código Civil que da validez jurídica al matrimonio entre personas del mismo sexo.

46. Un análisis del deseo de maternidad, que distingue entre el deseo narcisista de maternidad y el deseo de hijo, en S. TUBERT, *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, México, Paidós, 1983, pp. 117 y ss.

géneros el esfuerzo que supone hacerse cargo ella sola de la familia y de la profesión parece más bien un handicap⁴⁷ —a no ser, claro está, que se trate de un recurso reservado a mujeres ricas, en cuyo caso las obligaciones de la maternidad pueden descargarse en otras mujeres a sueldo—⁴⁸. Recuérdese,

47. El Grupo de Expertos convocados por la Red Europea de Atención a la Infancia entiende que

“los padres de familia deben asumir una mayor parte de las responsabilidades del cuidado de sus hijos. Ciertamente, es un hecho imperioso pero también un paso insuficiente para que la condición de la mujer sea más equitativa. Es este punto delicado y complejo porque existen fuertes presiones económicas y sociales que apoyan a los hombres en su actitud o en su comportamiento. Muchos hombres están convencidos todavía de que la función patriarcal es sostener económicamente a la familia, que se cubrirían de vergüenza o cosecharían críticas, sobre todo de sus congéneres, si asumieran una mayor parte en el cuidado de sus hijos. Incluso cuando el empleo ha sido reorganizado en función de las responsabilidades familiares (gracias a la institución de permisos parentales para los hombres, por ejemplo) se niegan a sacar partido de estos derechos, por miedo a molestar a su jefe o a poner en peligro su carrera, o por motivos económicos... Mientras las mujeres estén en desventaja a causa de la desigual distribución del cuidado de los niños en el seno de la pareja y a causa de la inadaptación del trabajo a las responsabilidades familiares de los empleados, no se podrá hablar de un mercado de trabajo libre. En efecto, el mercado de trabajo está concebido esencialmente a favor de los hombres y es la sociedad la que tiene que resolver estas distorsiones. Ahora bien, esta misión supone inevitablemente la solución de los problemas que plantea el cuidado de los niños. En las circunstancias actuales, la sociedad asiste a un verdadero desperdicio de talento: por una parte, los hombres tienen mucho que aportar al cuidado de los niños mientras que las mujeres tienen mucho que aportar al mundo laboral y a las actividades públicas. Tercero, la primera infancia cuenta con los miembros más débiles y vulnerables de nuestra sociedad y la sociedad tienen el deber de protegerlos contra todo daño o abuso”.

P. MOSS, *Cuidado de los hijos e igualdad de oportunidades: Red Europea de Formas de Atención a la Infancia* (1988-89), Dossier Documentación, Centro de Estudios del Menor, Madrid, 1990, p. 293.

48. Los datos sobre la economía y el nivel de ingreso de las familias monoparentales europeas hablan por sí solos. En Francia, en 1994, dos millones de niños menores de 18 años vivían en familias monoparentales (es decir, un 17% del total de los menores); el 85% de las familias monoparentales registradas están compuestas de la madre y los hijos (el 9%, en cambio, vive con el padre, y el resto con ninguno de los dos); pues bien, en 1994, el 60% de dichas familias monoparentales están por debajo del umbral de la pobreza. Véase al respecto, F. THÉRY, *Couples, filiation...*, cit., p. 49 y ss.

En España, explica FLAQUER, que

“según el censo de 1991, los hogares monoparentales representan el 8% del total y en ellos vive el 7% de la población española. Cuatro de cada cinco están encabezados por una mujer. No obstante, hay que tener en cuenta que no todos esos hogares están formados por familias monoparentales con hijos menores. De hecho, una proporción considerable de ellos contiene a madres viudas con hijos solterones de mediana edad. Ésa es una de las razones por las cuales en España predominan todavía los hogares monoparentales encabezados por mujeres viudas, aunque los que están a cargo de mujeres solteras o separadas están creciendo rápidamente. Cabe resaltar igualmente que un 15% de los hogares monoparentales acogen en su seno a otras personas, en su gran mayoría ascendientes. Esta proporción es mayor a la que encontramos en el resto de las familias nucleares en los que tan sólo una de cada diez contiene un ascendiente. Esta característica seguramente se explica por las dificultades que muchas mujeres, tras una separación, experimentan para hacerse cargo de sus hijos al tiempo que tienen una actividad remunerada en el exterior. Es comprensible pues, que convivan con algún familiar que pueda echarles una mano”.

Cfr. FLAQUER, *El destino de la familia*, Ariel, Barcelona, 1998, pp. 162 y 163.

en este sentido, lo dispuesto en el artículo 18 (1) de la Convención de la ONU de los Derechos del Niño⁴⁹, así como el artículo 5 (b) de la Convención sobre la Eliminación de las formas de Discriminación contra las Mujeres⁵⁰, los cuales estipulan que ambos progenitores tienen responsabilidades comunes en la crianza y educación de los hijos.

2. Donación de óvulos. Distanciándose en este punto de algunas leyes europeas como la francesa o la alemana, la ley española de reproducción asistida permite que cualquier mujer, sea cual sea su edad se beneficie de la donación de gametos femeninos, siendo el único requisito que la donataria sea mayor de edad, tenga capacidad de obrar, y goce de buena salud mental y física⁵¹. Además de permitir que mujeres que no ovulaban pudieran tener hijos, esta técnica ha dado lugar a otro fenómeno ampliamente difundido por los medios de comunicación que consiste en implantar un embrión formado con óvulos de mujeres jóvenes a mujeres que han superado el climaterio. En el País Vasco ha habido casos de mujeres de más de cincuenta años que han tenido descendencia mediante esta técnica.

La maternidad a partir de los cincuenta años y gracias a óvulos donados ha sido objeto de enconados debates en Europa y en Estados Unidos. La polémica se ha desatado por varios motivos. Uno es la edad de la usuaria: ¿cómo afectan el embarazo y el parto a la mujer de más de cincuenta años?, ¿es aceptable para el nacido que su madre tenga setenta años o más cuando él alcance la mayoría de edad?

Con respecto a la primera cuestión los médicos afirman que el útero no envejece; lo que desaparece son las reservas de óvulos. Pero, mediante una terapia hormonal y un seguimiento del embarazo las mujeres de edad avanzada pueden gestar y dar a luz sin riesgos importantes para su salud. Los

49. Convención de la ONU sobre Derechos del Niño adoptada por unanimidad en la Asamblea General de la ONU de 20 de noviembre de 1989, en Nueva York.

50. La Convención de la ONU sobre la Eliminación de las formas de Discriminación contra las Mujeres fue adoptada el 18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de la ONU y entró en vigor el 3 de septiembre de 1981 (GA Res. 34/180, 34 UN GAOR Supp. No. 46, UN Doc. A/34/46).

51. La Ley 35/1988 no establece límite máximo de edad para las usuarias de la tecnología reproductiva. Según el artículo 2.1:

“las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente: a) Cuando haya posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o la posible descendencia. b) En mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica, si las han solicitado y aceptado libre y conscientemente, y han sido previa y debidamente informadas sobre ellas”.

Y añade el artículo 6º que

“1. Toda mujer podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en la presente Ley, siempre que haya prestado su consentimiento a la utilización de aquellas de manera libre, consciente, expresa y por escrito. Deberá tener dieciocho años al menos y plena capacidad de obrar. 2. La mujer que desee utilizar estas técnicas de reproducción asistida deberá ser informada de los posibles riesgos para la descendencia y durante el embarazo derivados de la edad inadecuada”.

problemas más frecuentes en estos embarazos son la hipertensión y la diabetes gestacional, que se resuelven satisfactoriamente con un tratamiento farmacológico⁵². En cuanto a la capacidad de la usuaria para hacerse cargo del nacido, estudios recientes han demostrado que la actitud de la sociedad es muy transigente con los adelantos técnicos dirigidos a resolver los problemas de maternidad en mujeres jóvenes, en cambio, la comprensión es menor para con las mujeres de más edad, aunque es previsible que esta actitud cambie en el futuro⁵³. En cualquier caso, no parece que se trate de un argumento convincente, ya que, por una parte, las sociedades occidentales tienen una esperanza de vida muy superior a la que es necesaria para educar a la prole incluso si se ha procreado a la edad de sesenta años; por otra parte, se acepta que los varones de más de setenta años puedan tener hijos de forma natural, ¿por qué no las mujeres?

Otra cosa es que la maternidad a los sesenta años convenga realmente a las mujeres desde el punto de vista de sus reivindicaciones sociales. Hay pensadoras que consideran esta técnica un avance en el derecho de la mujer a decidir sobre su propia reproducción. En cambio, otras feministas se muestran más críticas con la posibilidad de gestar y dar a luz a una edad avanzada. No hay duda de que el alargamiento de la edad fértil de la mujer más allá de sus límites naturales amplía su abanico de opciones vitales. Veámos en el epígrafe anterior que cada vez son más las mujeres españolas que se ven obligadas a optar entre la maternidad y el trabajo. Sin embargo, por las razones anteriormente expuestas, los problemas de consolidación laboral de las mujeres no se solucionan a través de la medicina, sino de una política social y laboral adecuada.

Un aspecto importante de la cesión de óvulos que también merece ser abordado desde una perspectiva de género es el de su uso para la investigación. Es preciso advertir que la donación de gametos femeninos requiere someterse a un procedimiento médico no exento de riesgos: la estimulación hormonal puede provocar efectos secundarios perniciosos en la voluntaria y la propia operación de extracción puede dar lugar a infecciones. El hecho de que la obtención de ovocitos, a diferencia de la del semen, constituya un acto médico supone que los responsables del procedimiento deberán informar a la usuaria de todos los riesgos aparejados a la extracción, y que, en todo caso, esta deberá consentir la intervención por escrito. Además de los riesgos clínicos propiamente dichos, la ley obliga a los centros a informar a las donantes sobre "los distintos aspectos e implicaciones posibles de las técnicas, así como sobre los resultados y los riesgos previsibles" (LTRA artículo 2.2). La

52. PAULSON et al. realizaron un estudio sobre embarazos en mujeres postmenopáusicas en la Universidad de California, publicado en la revista *Journal of American Medical Association*, el 14 de noviembre de 2002. El equipo llegó a la conclusión de que a pesar de tratarse de embarazos de alto riesgo no hay razones médicas definitivas para excluir a estas mujeres. Citado en *El Médico Interactivo*, 10 de noviembre de 2002.

53. M.C.BOWMNA & D.M. SAUNDERS, "Community attitudes to maternal age after assisted reproductive technology: too old at 50 years?", *Human Reprod* 9/1994:167-171.

información se extenderá, por tanto, a cuantas consideraciones de carácter biológico, jurídico, ético o económico se relacionan con las técnicas.

Además de los riesgos clínicos aparejados, la donación de óvulos también conlleva otro tipo de peligros. Los gametos femeninos son un recurso escaso y codiciado por los investigadores científicos, y esto puede dar lugar a abusos sobre las mujeres. Prueba de ello es que recientemente un ginecólogo croata que practicaba la fecundación *in vitro* ha sido condenado por robar óvulos a sus pacientes a las cuales extraía los gametos sin su conocimiento y sin su autorización para venderlos después a laboratorios extranjeros.

La donación de óvulos a la ciencia ha sido condenada por algunas feministas. La doctora Ingrid Schneider ha argumentado que las reglas de la donación de semen basadas en el consentimiento informado del donante, no servirían para regular el intercambio de óvulos humanos en la medida en que la cesión de gametos femeninos es inexigible y contrario a los intereses de las mujeres⁵⁴. Según esta analista, la extracción de los óvulos es una operación arriesgada que pone en peligro la salud y la fertilidad de la donante. Se trataría por tanto de un gesto de altruismo inexigible. La sociedad no puede legalizar una técnica que exponga a las mujeres donantes a dicho riesgo. Por este motivo, según Schneider, la donación de ovocitos debería estar prohibida, como lo está de hecho en el ordenamiento jurídico alemán.

Desde otra perspectiva, Donna Dickenson entiende que no hay motivo suficiente para prohibir la donación voluntaria e informada de gametos femeninos, pero que esta donación es distinta a la de semen. Los óvulos deben gozar de un estatus diferenciado de los gametos masculinos en la medida en que su extracción y empleo resulta mucho más costosa para la mujer que para el varón. Dickenson entiende que las mujeres tienen un derecho sobre el trabajo (*Labour*) realizado por sus cuerpos en el proceso reproductor. El esfuerzo que las mujeres deben realizar durante el embarazo y el parto les confiere un derecho cualificado de control sobre sus aptitudes reproductivas. Dicho derecho las faculta para decidir sobre la continuación o la interrupción del embarazo y comprende también la facultad de decidir sobre el destino de sus óvulos⁵⁵.

3. La **Fecundación *post mortem***. La Ley española de reproducción asistida autoriza a la compañera o a la esposa de un varón fallecido a emplear su semen, y permite además que se establezca la paternidad del muerto siempre que este haya consentido previamente y que la fecundación se produzca

54. Ingrid SCHNEIDER, "Whitin and Beyond the Limits of Human Nature", International Conference, Panel 5 "Pro-Life" and "Pro-choice": Overcoming the Misleading Controversy, Center for Genetics and Society & Heinrich Böll Stiftung, Berlin, 2003. Véase también Janice RAYMOND, "Reproductive Gifts and Gift Giving: the Altruistic Woman", Hastings Center Report, 1990, 7-11.

55. Véase la interesante teoría desarrollada por Donna Dickenson en relación a la apropiabilidad de los óvulos. Donna DICKENSON, *Property, Women and Politics. Subjects or Objects?* Cambridge, 1997.

antes de que transcurran seis meses desde el deceso⁵⁶. La ley catalana de medicina procreativa amplía el plazo referido a nueve meses desde el fallecimiento del consiente⁵⁷.

La fecundación *post mortem* ha dado lugar a varias sentencias de instancia que niegan el derecho de la viuda a ser inseminada sin el consentimiento del varón premuerto. La Audiencia Provincial de la Coruña anuló un Auto anterior por el que se autorizaba a Dña. Paloma R. P. a ser inseminada con semen de su esposo fallecido Jose Antonio S.L., depositado en el Hospital Clínico de Barcelona⁵⁸. El primer auto se fundamentaba en el artículo 6 de la LTRA que autoriza la inseminación de mujer sola, en concordancia con el artículo 9, el cual establece que cuando el marido fallece habiendo consentido expresamente la inseminación artificial de su mujer, la filiación habida con semen del marido premuerto es matrimonial con todas sus consecuencias; *a sensu contrario*, no constando dicho consentimiento, la inseminación sería posible, aunque el nacido no podría ser considerado hijo del fallecido, ni consecuentemente, hijo matrimonial. En segunda instancia, la Audiencia entendió que la LTRA no autoriza la inseminación *post mortem* inconsciente en ningún caso. Ya que,

“semejante situación llevaría a situaciones paradójicas, como que los hijos que tuviera su progenitor biológico (padre fallecido) de otra relación no serían legalmente sus hermanos, podría contraer matrimonio con estos, carecería de derechos hereditarios, conocería quien es su padre biológico y no podría utilizar sus apellidos”.

Un segundo caso polémico en el que también faltaba autorización expresa de marido fallecido se produjo en un hospital de Barcelona que implantó varios embriones a la viuda tras el fallecimiento del varón en accidente. La Dirección General de Registros y del Notariado ha denegado la inscripción de

56. Ley 35/1988, artículo 9.1.

“No podrá determinarse legalmente la filiación ni reconocerse efecto o relación jurídica alguna entre el hijo nacido por la aplicación de las técnicas reguladas en esta Ley y el marido fallecido, cuando el material reproductor de este no se halle en el útero de la mujer en la fecha de la muerte del varón. 2. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, el marido podrá consentir, en escritura pública o testamento, que su material reproductor pueda ser utilizado, en los seis meses siguientes a su fallecimiento, para fecundar a su mujer, produciendo tal generación los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial”.

57. Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família. Article 92.

“La fecundació assistida de la muller, 1. Els fills nascuts a conseqüència de la fecundació assistida de la muller, practicada amb el consentiment exprés del marit formalitzat en escriptura pública, es consideren fills matrimonials del marit. 2. En la fecundació assistida practicada després de la mort del marit amb gàmetes d'aquest, el nascut es té per fill seu, sempre que hi concorrin les condicions següents: a) Que consti fefaentment la voluntat expressa del marit per a la fecundació assistida després de la mort. b) Que es limiti a un sol cas, comprès el part múltiple. c) Que el procés de fecundació s'iniciï en el termini màxim de dos-cents setanta dies després de la mort del marit. Aquest termini pot ésser prorrogat per l'autoritat judicial, per una causa justa i per un temps màxim de noranta dies”.

58. Auto AP La Coruña, del 3 noviembre 2000 (AC, núm. 82/2000), en el que anulaba el Auto Juzgado de Primera Instancia del Ferrol núm. 3, de 2 noviembre 1999.

la filiación paterna matrimonial del nacido a consecuencia de la transferencia póstuma, en base a la falta de presunción de paternidad del fallecido y la falta de consentimiento expreso del marido⁵⁹.

En Valencia, recientemente, una mujer casada cuyo marido se halla en coma tras un accidente ha solicitado ser inseminada con gametos de su cónyuge. A la inseminación se oponen la anterior esposa y su hija, y también el fiscal por entender que la autorización no redundaría en beneficio del incapacitado y porque afectaría a los derechos hereditarios de la hija del primer matrimonio. El Juzgado de Primera Instancia número 13 de Valencia ha archivado la petición por entender que debía tramitarse mediante la interposición de una demanda.

Los juristas que han comentado la ley de reproducción asistida en este punto están divididos en cuanto a la admisibilidad de la fecundación póstuma. Para Fernando Pantaleón, el derecho del varón a disponer de sus propios gametos se extingue con su propia muerte, y la libertad de la viuda de disponer de los gametos de su cónyuge fallecido o del embrión preimplantatorio se enfrenta al derecho del nacido a que sus padres le presten “asistencia de todo orden”, tal como dispone el artículo 39.3 de la Constitución española⁶⁰. Otros juristas en cambio, entienden que el interés del futuro nacido no es razón suficiente para negar el ejercicio de esta libertad a los cónyuges, entre otros motivos, porque este ni siquiera llegaría a nacer si no fuera gracias al empleo de esta técnica⁶¹.

La fecundación póstuma ha recibido poca atención desde una perspectiva de género. En mi opinión es importante reflexionar sobre la interpretación antropológica de una institución social nueva como la posibilidad de tener hijos *post mortem*. ¿Qué significa la autorización de un varón para inseminar a su compañera póstumamente? ¿No estaremos aquí ante un deseo de perpetuación de la memoria del varón y de un ansia de control de la mujer y de su prole incluso más allá de su muerte? Tómese como ejemplo la decisión del Gobierno israelí de correr con los gastos de almacenamiento de semen de los soldados y posterior inseminación de las viudas en caso de que aquellos fallezcan en el frente⁶².

4. El diagnóstico preimplantacional: la procreación del futuro. Hace treinta años, en la época de la que parte nuestro estudio, aún no se habían descubierto la mayoría de los secretos que escondía el embrión humano. Los

59. DGRN, Resolución de 24 septiembre de 2002.

60. F. PANTALEÓN, “Técnicas de reproducción asistida...”, cit.; véase también la opinión coincidente de T. Auletta, “Fecondazione artificiale: problemi e prospettive”, *Quadrimestre*, 2/1986:22 y F. Mantovani, “La fecondazione assistita fra il diritto a la prole e il diritto ai due genitori”, *Indice Penale*, 1990: 417.

61. R. BERCOVITZ, “Reproducción asistida post mortem” *AC* 2/2001, 2165-2167.

62. *The New York Times*, 22 de diciembre de 2003.

médicos eran incapaces de determinar el sexo del embrión y mucho menos de detectar malformaciones genéticas. Todo lo más, se podía diagnosticar un feto anencefálico tras un examen radiológico o topológico. El descubrimiento de enfermedades como la tan temida espina bífida tenía lugar en el momento del nacimiento, cuando los hechos estaban consumados. Las cosas empezaron a cambiar en la década de los ochenta con técnicas que hoy se aplican de forma rutinaria, como la ecografía y la amniocentesis. Pero la medicina prenatal no se ha detenido en el estudio del feto en gestación y ha querido anticipar aún más el diagnóstico. Hoy en día existen numerosas sondas genéticas que aplicadas sobre el embrión *in vitro* de pocos días nos permiten saber si hay riesgo de desarrollar enfermedades importantes como determinados tipos de cáncer. Esta hazaña ha sido posible gracias al desciframiento del genoma humano que permite aplicar test genéticos al embrión *in vitro* antes de implantarlo en el útero materno.

Las enfermedades que pueden detectarse mediante el examen precoz del embrión son cada vez más numerosas. Actualmente existen sondas específicas capaces de identificar más de quinientas enfermedades graves como la fibrosis quística, la betatalasemia, enfermedades ligadas a los cromosomas sexuales como la distrofia muscular de Duchenne, la hemofilia, la adenoleucodistrofia, el síndrome de X frágil, etc. Pero las sondas genéticas no sólo se emplean para diagnosticar enfermedades mortales, sino que sirven también para detectar desórdenes menores así como para determinar el sexo del embrión *extrauterino*. El diagnóstico preimplantacional también ha servido para seleccionar embriones histocompatibles con niños ya nacidos que padecen alguna enfermedad grave y que necesitan una donación.

La regulación vigente en España y en el País Vasco permite recurrir a este tipo de diagnóstico únicamente para evitar la transmisión de enfermedades graves en el nacido. Sin embargo, existen un proyecto de ley que propone autorizar esta técnica para seleccionar embriones histocompatibles. E incluso hay quien propone autorizar el diagnóstico preimplantacional para que los padres puedan decidir el sexo de sus hijos. ¿Dónde acabará esto? La investigación sobre enfermedades genéticas es un campo de la biología en franca expansión. Es difícil ignorar que la meta con la que sueñan los científicos es el control de la generación del ser humano, es decir, poseer la facultad de conjurar el azar biológico. Ante técnicas como el diagnóstico preimplantacional que se practica en varios hospitales españoles y en numerosas clínicas de todo el mundo surge la pregunta, ¿cómo será la procreación del futuro? ¿qué significará tener hijos para las mujeres del futuro?

Por el momento observamos que las técnicas genéticas tienen un impacto desproporcionado sobre las mujeres. Tal como ha observado Lori Andrews las mujeres están más expuestas que los hombres a diagnósticos preconcepcionales experimentales⁶³. Los ginecólogos suelen ofrecer este tipo de diagnósticos a sus pacientes incluso sabiendo que se trata de técnicas no

63. L. ANDREWS, *The Clone Age*, New York: Henry Holt and Company, 1999, p. 208.

del todo seguras. El diagnóstico del embrión ofrece más información sobre la madre que sobre el padre. Las mujeres suelen preocuparse más por los resultados de los tests genéticos y si resultan ser portadoras de una mutación tienden a sentirse más vulnerables que los varones.

En el futuro, las técnicas genéticas aplicadas al diagnóstico del embrión supondrán un gran avance en la prevención de enfermedades congénitas incurables como algunos cánceres o determinadas patologías neurodegenerativas. Pero, al mismo tiempo, es difícil ignorar que el diagnóstico preimplantatorio trae consigo la participación de otros agentes en el proceso del embarazo. La fecundación y la gestación son procesos cada vez más transparentes en los que la mujer está cediendo su protagonismo a procedimientos que sustituyen su función. ¿Qué consecuencias tendrá esto en el futuro sobre la forma de entender la maternidad?

La prácticas actuales parecen apuntar la tendencia a que el embarazo deje de ser un proceso cuya responsabilidad concierne fundamentalmente a la mujer, para pasar a ser un fenómeno transparente que controlarán los médicos a través de las pruebas diagnósticas radiológicas y de los tests genéticos. Las mujeres perderán poco a poco el control de su embarazo para compartir con otros, pareja, familia, médicos, y quizá la sociedad a través de organismos *ad hoc*, las decisiones reproductivas. Es probable, por ejemplo, que la sociedad del futuro impida a las mujeres continuar la gestación de un embrión que presenta alguna anomalía. ¿Qué ámbito de decisión cabrá a las mujeres sobre su embarazo una vez expuestas a la luz de las nuevas técnicas? ¿Interesa realmente a las mujeres perder el control sobre el embarazo y multiplicar los agentes que tienen algo que decir sobre el mismo?

6. CONCLUSIONES

El estudio de las pautas y de los derechos reproductivos de las mujeres vascas en los últimos treinta años permite extraer algunas conclusiones claras. Lo primero que a nuestro juicio cabe destacar es que la evolución de los derechos reproductivos de las mujeres occidentales en general, y de las vascas, en particular, ha sido sorprendentemente rápido. En las últimas tres décadas las mujeres han pasado de una situación en la que no se les reconocía el derecho a la contracepción y la regulación de la natalidad era considerada un pecado por parte de la gran mayoría, a un estadio completamente diferente en el que sus preocupaciones son la estabilidad laboral y la falta de hijos.

A pesar de los avances referidos, el aborto continúa estando prohibido en España. Los reiterados intentos de los partidos de la izquierda de promulgar leyes de plazos para autorizar la interrupción voluntaria del embarazo han fracasado uno tras otro.

Al tiempo que se legalizaba la píldora, las mujeres vascas se volcaron masivamente en la lucha por la conquista del mercado de trabajo. Sin embar-

go, la incorporación al trabajo asalariado se ha producido en condiciones de precariedad en el empleo y de falta de protección de las madres trabajadoras: muchas mujeres han tenido que retrasar su maternidad para poder conservar sus empleos, y han renunciado a tener todos los hijos que hubieran querido tener. El resultado de este proceso es que España ostenta el triste record de tener la tasa de desempleo femenino más alta de Europa y la tasa de natalidad más baja.

Las políticas públicas diseñadas para contrarrestar esta tendencia han sido insuficientes y superficiales. Especialmente confusa resulta la medida de fomentar y facilitar el recurso a la reproducción asistida por parte de los poderes públicos, cuando la primera causa de infertilidad que atienden las clínicas de fertilidad españolas no se debe a trastornos fisiológicos del aparato reproductor sino a la avanzada edad a la que las mujeres se pueden permitir tener hijos.

En este contexto no sorprende la proliferación de clínicas de fertilidad en territorio español. Hay más clínicas en España que en ningún otro país europeo. La boyante medicina procreativa española se ha beneficiado de una demanda social creciente, y de una ley reguladora extraordinariamente permisiva.

Por otra parte, estas técnicas han tenido su impacto en la forma de entender la procreación y la maternidad de las mujeres occidentales y de las vascas en particular. En este sentido, las técnicas de fertilidad se han sumado a la tendencia social, apuntada desde principios de los ochenta, a romper las estructuras monolíticas de la familia tradicional y a diversificar las formas de familia.

En una primera aproximación la medicina reproductiva parece ampliar los límites de la libertad de decisión de las mujeres que gracias a estas técnicas pueden plantearse, por ejemplo, ser madres después de los cincuenta, o ser madres en solitario y con semen anónimo. Sin embargo, un examen más profundo de la forma en la que se ofrece y se practica esta especialidad médica hace surgir algunos interrogantes. Una de las desviaciones más importantes ha consistido en aplicar técnicas experimentales sobre mujeres que estaban dispuestas a casi todo por quedar embarazadas. Algunas mujeres han sido víctimas de la voracidad de los investigadores que demandan óvulos humanos para experimentar sobre ellos. Se han dado casos de robo de gametos a usuarias desprevenidas en centros de fertilidad. Por otra parte, determinadas prácticas como la donación de óvulos a mujeres mayores de cincuenta años o la fecundación con semen de hombres fallecidos, pueden dar lugar a situaciones poco favorables para las mujeres que decidan emplearlas.

En el futuro, las técnicas genéticas aplicadas al diagnóstico del embrión supondrán un gran avance en la prevención de enfermedades congénitas incurables como algunos cánceres o determinadas patologías neurodegenerativas. Pero, al mismo tiempo, es difícil ignorar que la fecundación y la gestación son procesos cada vez más transparentes en los que la mujer está

cediendo su protagonismo en beneficio de una serie de técnicas que controlan o incluso sustituyen su función. Estos procesos tendrán consecuencias extraordinariamente importantes sobre la forma de entender la maternidad, y, por extensión, también sobre la propia condición de las mujeres en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ABRAMOVICI, G. "La protection social en Europe", *Eurostat, Statistiques en Bref, Population et Conditions Sociales*, Theme 3-3/2003.
- ALBERDI, I. *La nueva familia española*, Madrid: Taurus, 1999.
- ANDREWS, L. *The Clone Age*, New York: Henry Holt and Company, 1999.
- AULETTA, T. "Fecondazione artificiale: problemi e prospettive", *Quadrimestre*, 2/1986
- BALDINI, G. *Tecnologie Riproduttive e problemi giuridici. Riflessioni di diritto civile su alcune delle principali questioni poste dall'affermarsi delle metodiche artificiali di procreazioni umana*, Turin: G. Giappichelli Editore, 1999
- BERCOVITZ, R. "Reproducción asistida post mortem", *Actualidad Civil*. 2/2001, 2165-2167.
- BOWMNA M. C. y SAUNDERS, D. M. "Community attitudes to maternal age after assisted reproductive technology: too old at 50 years?", *Human Reproduction*, 9/1994:167-171.
- BUSTOS PUECHE, J. E. *El Derecho civil ante el reto de la nueva genética*, Madrid: Dykinson, 1996.
- CEFER, *Informe sobre la inseminación artificial de la mujer soltera*, <http://www.institutocefer.com/>
- DELGADO PÉREZ, M. "El historial anticonceptivo de las generaciones de españolas nacidas entre 1945 y 1977", en P. Requés Velasco (coord.), *El nuevo orden demográfico. El campo de las ciencias y las artes*, nº 139. Servicio de Estudios del BBVA, 2000.
- . "Los componentes de la fecundidad: su impacto en la reducción del promedio de hijos por mujer en España", *Economistas*, nº 86, 2000.
- . *Las pautas anticonceptivas de las españolas a fines del siglo XX*, Ed. Aula Médica, 2001.
- . *Estudio sobre la evolución de la maternidad en España entre 1975 y 2000*, Madrid: CSIC, 2002.
- DICKENSON, D. *Property, Women and Politics. Subjects or Objects?* Cambridge, 1997.
- DÍEZ NICOLÁS, J. "Actitudes de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar", *Revista Española de Opinión Pública*, núm. 31, enero-marzo 1973.
- EUROSTAT, *Portraits of the EU*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
- FÁBREGA RUIZ, C. F. *Biología y filiación. Aproximación al estudio jurídico de las pruebas biológicas de paternidad y de las técnicas de reproducción asistida*, Granada, 1999

- FLAQUER, L. *El destino de la familia*, Ariel, Barcelona, 1998
- GAFO, J. *Nuevas Formas de Reproducción Humana*, Madrid: UPC, 1986
- IBAÑEZ Y GARCÍA DE VELASCO, J. L. *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, Madrid: Siglo XXI, 1992.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Encuesta de fecundidad de las mujeres españolas de 1999*. En la dirección: <http://www.ine.es/daco/daco42/analisoci/fecundi/fecun99.htm>., 2004.
- . *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDS)*, Inebase, 2002.
- KOCH, L. "IVF, a Rational Choice?", *Reproductive and Genetic Engineering: Internacional Journal of Feminist Analysis*, 3, 1990, 235-242.
- LÓPEZ LERA, D. "Estudio de la información estadística sobre reproducción humana asistida en España (1993-1998)", Madrid: Trotta, 2001
- MANTOVANI, F. "La fecondazione assistita fra il diritto a la prole e il diritto ai due genitori", *Indice Penale*, 1990: 417-450.
- MARÍN GÁMEZ, J. *Aborto y Constitución*, Jaén: Universidad, 1996.
- MATORRAS, R. *Informe sobre la reproducción asistida en el sistema sanitario español*, s.l., febrero 2002.
- MÉNDEZ BAIGES, V. "Bioética y Derecho", *Tribuna*, 21/1998: 24-45.
- MIR, S. (ed.), *La despenalización del aborto*, Bellaterra: Universidad Autonoma de Barcelona, 1983.
- MOLINA BLÁZQUEZ, M. C. y SIEIRA MUCIENTES, S. *El delito de aborto: dimensión constitucional y penal*, Barcelona: Bosch, 2000.
- PALACIOS, M. *Informe de la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación in vitro y la inseminación artificial humanas*, Congreso de los Diputados, Madrid, 1988, p. 129.
- PANTALEÓN, F. "Técnicas de reproducción asistida y Constitución", *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 15/1993.
- RAYMOND, J. "Reproductive Gifts and Gift Giving: the Altruistic Woman", *Hastings Center Report*, 2/1990: 7-11.
- RUIZ-SALGUERO, M. *La anticoncepción en España según la encuesta de fecundidad de 1995*, Centre D'Estudis Demogràfics, <http://www.ced.uab.es/PDFs/PapersPDF/Text176.pdf>, 2000.
- SCHNEIDER, I. "Whitin and Beyond the Limits of Human Nature", International Conference, Panel 5 "Pro-Life" and "Pro-choice": Overcoming the Misleading Controversy, *Center for Genetics and Society & Heinrich Böll Stiftung*, Berlin, 2003.
- SCHNEIDER, I. and SCHUMANN, C. "Stem cells, therapeutic cloning, embryo research –Women as raw material suppliers for science and industry", *Reprokult (Women's Forum for Reproductive Medicine): Reproductive medicine and genetic engineering. Proceedings of the Conference held in Berlin from 15 to 17 november 2001*, Federal Centre for Health Education, 2002, 70-73.
- SHALEV, C. *Birth Power. The Case for Surrogacy*, London, New Heaven, Yale University Press, 1991.

Alkorta, I.: Los derechos reproductivos de las mujeres vascas en el cambio de siglo: de la ...

TUBERT, S. *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, México, Paidós, 1983, pp. 117 y ss.

VIDAL MARTÍNEZ, J. "Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional de 17 de junio de 1999 resolviendo el Recurso de Inconstitucionalidad nº 376/89 contra la Ley 35/1988 de 22 de Noviembre sobre Técnicas de Reproducción Asistida", *Rev Der Gen H*, 12/2000.

VV.AA., *Comentario a las reformas del Derecho de familia*, Madrid: Tecnos, 1984.